



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**NIVELES DE DEPRESIÓN, FACTORES DE RIESGO EN INTERNOS CREIAD, 12
PASOS, PROYECTO ESPERANZA CUENCA 2016**

Proyecto de Investigación previa a la obtención del
Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Ana Belén Becerra Berssoza CI: 0105843122

DIRECTORA:

Lcda. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez CI: 0103001855

CUENCA – ECUADOR

2017



1. RESUMEN

Antecedentes: los pacientes con depresión por lo general son consumidores del alcohol y otras sustancias. La depresión es conocida como un trastorno mental habitual, se caracteriza especialmente por presentar tristeza, pérdida de interés o placer en las cosas que solían ser placenteras, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño, apetito, impresión de cansancio y falta de concentración. (1)

Objetivo General: determinar los niveles de depresión y factores de riesgo en Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación Creiad, Clínica 12 Pasos y Proyecto Esperanza, Cuenca 2016.

Metodología: se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo. La presente investigación está conformada por los Pacientes de los Centros de Rehabilitación Creiad, Clínica 12 Pasos y Proyecto Esperanza. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0 evaluación del análisis descriptivo se lo hizo mediante frecuencias, porcentajes y tablas, y para las variables simples ordinales y nominales, y para variables cuantitativas los datos se analizó mediante la desviación media, estándar y mediana.

Uso de Resultados: los datos obtenidos serán parte del estudio, con la finalidad de que se adopten y se instauren medidas que permitan prevenir el desarrollo de la enfermedad, y así proteger a los pacientes internos de episodios posteriores que puedan terminar en uno de los fatales desenlaces de esta patología que es el suicidio. Conjuntamente esta investigación estará disponible en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Palabras Claves: DEPRESION, ALCOHOL, DROGAS, REHABILITACION, TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.



2. ABSTRACT

Background: Patients with depression are usually alcohol consumers and other substances. Depression is known as a habitual mental disorder, it is characterized especially by showing sadness, loss of interest or pleasure in things that used to be pleasant, feelings of guilt or lack of self-esteem, sleep disorders, appetite, feeling tired and lack of concentration. (1)

General Objective: Determine the levels of depression and risk factors in Creiad Internal Patients, Twelve Steps Clinic and Hope Project, Cuenca 2016.

Methodology: A quantitative cross-sectional descriptive study was carried out. This research is made up by patients from the Creiad Rehabilitation Centers, Twelve Steps Clinic and Hope Project. For the data analysis I used the SPSS program version 15.0 evaluation of the descriptive analysis was done using frequencies, percentages and tables, for the simple ordinal and nominal variables, and for quantitative variables the data were analyzed by mean, standard and median deviation.

Results Use: The data obtained will be used by the Directors of the respective Rehabilitation Centers that were part of the study, with the aim of adopting and instituting measures to prevent the development of the disease, and thus protect of later episodes to the internal patients that can end in one of the fatal outcomes of this pathology that is the suicide. Together this research will be available in the Library of Medical Sciences Faculty of Cuenca University.

Keywords: DEPRESSION, ALCOHOL, DRUGS, REHABILITATION, SUBSTANCES CONSUMPTION DISORDER.



3. INDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	10
4. INTRODUCCIÓN	10
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
6. JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPITULO II	13
7. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
CAPITULO III	19
8. OBJETIVOS.....	19
8.1. OBJETIVO GENERAL	19
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CAPITULO IV	20
9. DISEÑO METODOLÓGICO	20
9.1 Tipo de estudio:	20
9.2 Área de estudio:.....	20
9.3 Universo y Muestra de estudio:.....	20
9.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	20
9.4.1. Criterio Inclusión.....	20
9.4.2 Criterio de Exclusión.....	20



9.5 Variables:	20
9.6 Operacionalización de variables:	21
9.7 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	24
9.8 Plan de tabulación y análisis	25
9.9 Aspectos éticos:	25
CAPITULO V	26
10. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
CAPITULO VI.....	38
11. DISCUSIONES	38
12. CONCLUSIONES	41
13. RECOMENDACIONES	43
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	44
15. ANEXOS.....	47



RESPONSABILIDAD

Ana Belén Becerra Berssoza, autora del proyecto de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN, FACTORES DE RIESGO EN INTERNOS CREIAD, 12 PASOS, PROYECTO ESPERANZA CUENCA 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 08 de Junio de 2017

Ana Belén B.B.

Ana Belén Becerra Berssoza

C.I: 0105843122



DERECHO DE AUTOR

Ana Belén Becerra Berssoza, autora del proyecto de investigación “NIVELES DE DEPRESIÓN, FACTORES DE RIESGO EN INTERNOS CREIAD, 12 PASOS, PROYECTO ESPERANZA CUENCA 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 08 de Junio de 2017

Ana Belén B.B.

Ana Belén Becerra Berssoza

C.I: 0105843122



AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi Directora y Asesora de tesis Licenciada Amparito Rodríguez por su esfuerzo y dedicación para guiarme, además de brindarme su paciencia, orientación, sus conocimientos para el desarrollo de esta investigación. Quiero agradecerle sobre todo por brindarme su confianza, por tener las palabras adecuadas en cada explicación, por ser una persona auténtica, por brindarme una amistad basada en respeto. Sin más que decir la mejor Persona, Licenciada, Psicóloga y Profesora que he podido conocer, es por esto que yo la elegí a ella como mi Directora porque ella transmite una energía de lucha y de positivismo, por eso y por muchas cosas más, mis más sinceros agradecimientos.

Así mismo agradezco a la Universidad de Cuenca y su personal Docente quienes me han brindado lo mejor de ellos sus conocimientos, para todos ellos es la frase siguiente: "El maestro mediocre cuenta. El maestro corriente explica. El maestro bueno demuestra. El maestro excelente inspira."



DEDICATORIA

Primero quiero agradecerle al Divino Niño, por tenerme con vida y salud, para así poder cumplir mis sueños.

A mi mamá que tuvo la valentía de ser madre y padre para mí, por enseñarme que las cosas son posibles solo cuando tienes Fé, me enseñó que las cosas que realmente valen la pena se las consigue con mucho sacrificio y esfuerzo, ella es y será el motivo de mi lucha diaria hasta cuando Dios lo permita, le agradezco infinitamente por dejarme siempre ser libre, decir y hacer lo que a mí me hiciera feliz.

También quiero dedicar este esfuerzo a mis hermanas María José Becerra y Andrea Encalada, ya que ellas estuvieron en toda mi etapa universitaria, brindándome siempre buenos consejos, me enseñaron a respetarme, quererme y jamás dejarme vencer por nada ni nadie.

Asimismo quiero dedicarle a mi pequeña sobrina Alissen Arias, que gracias a ella en la casa siempre hay felicidad, por enseñarme el verdadero significado del amor y la sencillez.

Por último y con mucho amor va dedicado a Jennathan Verdugo, que gracias a él he podido salir adelante, brindándome siempre amor, respeto, confianza y sobre todo paciencia, le agradezco por ser como es, la persona más sincera y humilde que he podido conocer.



CAPITULO I

4. INTRODUCCIÓN

La presente investigación muestra la gravedad que presenta el trastorno depresivo en los pacientes internados en los Centros de Rehabilitación para consumidores de sustancias psicoactivas. La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, debilitando su base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual y desgana, esta enfermedad suele presentar sentimientos de gran tristeza que dura periodos largos de tiempo, cuando un trastorno depresivo no es tratado y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Esta enfermedad puede desarrollarse a cualquier edad, afecta tanto a hombres como a mujeres sin importar raza, religión, situación económica, etc. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida dependiendo de distintos tipos de factores. (2)

El incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial depende del uso y dependencia de sustancias psicoactivas. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. (3) Es común prestar atención a las personas con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos extra cotidianos, a esto conocemos como una actitud de “escape”, relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. (Alcaldía de Bogotá, 2009; Ministerio de Protección Social, 2008). (4) La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de Protección Social, 2003) estableciéndose así una relación en ambos sentidos. (Cassano & Fava, 2002). (4) Las personas demuestran frustración cuando se descuidan necesidades como la seguridad, afecto y autorrealización; presentando comportamientos desalentados con algunos rasgos depresivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que estas constituyen una forma rápida para debilitar la tensión y el estrés, modificar los sentimientos, reducir los trastornos emocionales, afrontar cambios y presiones del entorno (Varela, Salazar, Cáceres, & Tovar, 2007). (4)



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente del 8 al 13% de la población general experimenta depresión clínica durante su vida, debido algún tipo de sustancia (Regier, 1990; Kessler, 1994).

(3) Los estudios han demostrado que hasta un 60% de los fumadores tienen un historial mental y la incidencia de trastornos depresivos mayores. Entre fumadores y no fumadores es dos veces mayor el riesgo a tendencias depresivas. Asimismo, los fumadores con historial de depresión clínica tienen la mitad de probabilidades de dejar de fumar que los fumadores sin tal historial (14% contra 28%) (Glassman, 1990). (3)

Ciertos estudios exponen que la incidencia durante la vida de trastornos depresivos mayores fue del 38% al 44% en personas con dependencia de alcohol, en comparación a un 7% en una muestra general. Además, aproximadamente un 80% de las personas con dependencia de alcohol adquirieron síntomas de depresión (Schuckit, 1985; Regier, 1990; Roy, 1991; Kessler, 1996). (3) Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud manifestó, que cada año se producen 3,3? millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos mentales. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad. (7)

Los datos epidemiológicos indican que las incidencias durante la vida de depresión mayor son de 32% en usuarios de cocaína y de sólo 8 a 13% en muestras en general. En el año 2013 según estudios de la UNODOC, se estima que un total de 246 millones de personas consumen algún tipo de droga. Una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años consumieron drogas ilícitas. El número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en 187.100 en el año 2013). (8)

Pregunta de Investigación:

La presente Investigación responde y aportar información en relación a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los niveles de depresión y factores de riesgo en Pacientes Internos de los centros: Creiad, Clínica 12 pasos y Proyecto Esperanza?



6. JUSTIFICACIÓN

Por la gravedad de los registros investigados fue necesario realizar la presente investigación, teniendo en cuenta que deberá servir como base para futuros estudios, siendo los beneficiarios los Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación: Creiad, Clínica 12 pasos y Proyecto Esperanza.

Por lo general consideramos que las personas con baja autoestima se observan a sí mismas y perciben al mundo de una manera negativa y pesimista, a su vez son personas que viven constantemente en estrés, por lo que pueden predisponerse y al consumo excesivo de alcohol. (9) El Dr. Edwards (1986) concluyó que la depresión puede crear la dependencia del alcohol y al parecer, precipita el proceso de beber constantemente. El estado depresivo se relaciona a la situación de estrés que se asocia con el uso continuo de alcohol. (10) Según el Dr. Ricardo Gonzáles revela que hay mayor probabilidad de riesgo de suicidio en personas que consumen alcohol debido a la depresión.(11) (12)

Se indicó que las personas que tienen más riesgo a sufrir un trastorno depresivo, son las personas que han pasado por incomparables circunstancias en la vida. (13) Aristizábal y Palacio (2003), manifiesta que las personas que han experimentado en algún momento de su vida violencia física, sexual o psicológica, amplía el riesgo y potencia los síntomas de depresión. (14)

La depresión puede ser el origen de enfermedades crónicas o degenerativas como: problemas cardíacos, derrame cerebral, diabetes, cáncer; trastornos mentales: esquizofrenia, estrés, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad) (15)

Los datos obtenidos serán aprovechados por los Directores de los respectivos Centros de Rehabilitación que formaron parte del estudio, con la finalidad de que se adopten y se instauren medidas que permitan prevenir el desarrollo de la enfermedad, y así proteger a los pacientes internos de episodios posteriores que puedan terminar en uno de los fatales desenlaces de esta patología que es el suicidio. Conjuntamente esta investigación estará disponible en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



CAPITULO II

7. FUNDAMENTO TEÓRICO

El Informe de la Organización Mundial de la Salud 2002 constituyó que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. Anualmente, son presumidos 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres. (14) Por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina sufren trastornos mentales causados por el uso de drogas y otras sustancias. El 64% (32 de 50 pacientes) pertenecían a una edad entre los 20 y 29 años, el 30% (15 de 50 pacientes) estaban internados al haber consumido un tiempo mínimo de dos años el alcohol/droga, el 86% (43 de 50 pacientes) tenían como adicción el alcohol y el 42% de pacientes eran procedentes de la ciudad de Cuenca.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La dependencia de sustancias psicoactivas puede tener tanto trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico.

La dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. El cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores). Las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. (11)

La dependencia de sustancias es un trastorno crónico, y a menudo recurrente, que con frecuencia deriva en otros trastornos físicos y mentales (Dra. Catherine Le Galès Camus, Subdirectora General de la OMS). (14)

Dentro de la dependencia de sustancias psicotrópicas, la conducta es complicada, pero está principalmente relacionada con los efectos de las drogas sobre el cerebro. Aunque cada clase de sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo



farmacológico de acción, todas activan el sistema mesolímbico dopaminérgico. Aun con mayores niveles de actividades relacionadas con la aplicación de la ley, siempre parece haber suficientes drogas para los usuarios. (3) (10)

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se define como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado, o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso. (25)

ADICCION A LAS DROGAS

Muchas de las veces el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, llega a tal punto de que el consumidor o llamado también adicto se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir las sustancias preferidas, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (15)

CONSUMO DE TABACO

En el mundo se consumen numerosos tipos de tabaco, aunque su forma más popular es el uso de la nicotina en cigarrillos. Esta sustancia es la que más ordinariamente se relaciona con la dependencia, debido a que el componente psicoactivo causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. (Soria, 1996; Taylor, 1996; Foulds, 1997). (3) (5) (10) El vínculo entre tabaquismo, su síndrome de abstinencia y la depresión también está apoyado por el hecho de que el bupropión, un compuesto antidepresivo es un inhibidor débil de la reabsorción de norepinefrina y dopamina y un antagonista de receptor de acetilcolina nicotínica. (Hurt, 1997; Jorenby, 1999).(3) La mayoría de los agentes antidepresivos tienen cierta utilidad para reducir las recaídas al tabaquismo luego de que el fumador



deprimido deja de fumar, donde el bupropión tiene la mayor eficacia general, y fluoxetina (un inhibidor selectivo de la reabsorción de serotonina) es el más efectivo en personas con depresión.(3) Los sistemas neurotransmisores candidatos son serotonina y dopamina, donde ambos pueden ser desregulados en la depresión, y se incrementan con la nicotina. La ruta mesolímbica dopaminérgica está enérgicamente asociada con la recompensa y la dependencia, aunque también es una ruta candidata que se desregula en la depresión. (Nestler, 2002). (3)

CONSUMO DE ALCOHOL

Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. Los licores se obtienen a partir de materias primas diferentes, ya sean cereales o frutas. (16)

El consumo nocivo de alcohol compone una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. (7) Por consiguiente, los reveladores datos epidemiológicos indican que la incidencia de depresión entre personas con dependencia del alcohol, y la incidencia de uso del alcohol entre personas con depresión son significativamente mayores. (3) Los efectos conductuales agudos del etanol varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como; dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Los efectos sobre el estado de ánimo y las emociones varían mucho de una persona a otra (Jacobs y Fehr). El etanol amplía la actividad inhibitoria mediada por los receptores GABA-A y disminuye la actividad excitatoria mediada por los receptores de glutamato. Estos dos mecanismos de acción pueden corresponder con el efecto general sedante del alcohol y con la disminución de la memoria durante los periodos de intoxicación. (Samson, Chappell, McBride). (3) (10)

El alcoholismo es el consumo crónico y periódico de alcohol que se caracteriza por un descontrol sobre el consumo de la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por su consumo a pesar de sus consecuencias. (15)(14)



CONSUMO DE COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La administración repetida de cocaína, va seguida normalmente de un “bajón”, cuando se interrumpe el consumo. El “bajón” puede considerarse un síndrome de abstinencia durante el cual la euforia es reemplazada por aprensión, depresión profunda, somnolencia y apatía. (8)

DEPRESIÓN

Definición: Según la Organización Mundial de la Salud se define a la depresión como un trastorno mental habitual, personificado especialmente por demostrar tristeza, pérdida de interés o placer, emociones de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño, apetito, impresión de cansancio y disminución de la concentración. (16)

Las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro, según los estudios encontrados del Instituto Nacional de Salud Mental han confirmado que al realizar una resonancia magnética en personas con trastorno depresivo, el cerebro de las personas reluce diferente de las personas que no lo padecen. Las áreas del cerebro comprometidas de la regulación del ánimo, pensamiento y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. (15)

Epidemiología: Los estudios realizados por la OMS, se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad. En el peor de los casos, la depresión puede transportar al usuario a una conducta suicida. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.(13) La OMS, mencionó que en el 2012 se realizó una encuesta mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas anunció haber tenido un episodio depresivo.(17)



NIVELES DE DEPRESIÓN

Según el Servicio Andaluz de Salud preexisten síntomas individuales en cada uno de los pacientes con trastorno depresivo, estos no determinan la gravedad por sí solos, sino por el impacto que provocan en el funcionamiento de la persona, pudiendo establecerse un diagnóstico dimensional, se toma en cuenta los siguientes síntomas: (18)

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN

Existe un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades de la mayor parte del día, baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismos. (18)

Síntomas somáticos: pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía, llanto, irritabilidad, tensión muscular (18)

Otros síntomas: sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), culpabilidad por el hecho de estar enfermo, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el miedo de morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse, presencia de un duelo, aislamiento social. (18)

Para determinar un nivel de depresión según la Escala de Beck las personas cuyo puntaje según el test aplicado sea menor a 10 se consideran personas sin estado depresivo, por consiguiente pasa todo lo contrario con las personas que adquieren un puntaje mayor: (20)

- ✓ Estos altibajos son considerados normales (1-10)
- ✓ Leve perturbación del estado de ánimo (11-16)
- ✓ Estados de depresión intermitentes (17-20)
- ✓ Depresión moderada (21-30)
- ✓ Depresión grave (31-40)
- ✓ Depresión extrema (+ 40)



FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN

Una extensa variedad de factores maleables de riesgo y protección influyen en la aparición de la depresión y su recurrencia en diferentes etapas de la vida que puede remontarse incluso a la infancia temprana. Existen factores psicológicos, sociales y familiares. (19)

Personales: baja autoestima, estrés, ansiedad, ataques de pánico, distorsiones cognitivas, intentos de suicidio, enfermedades crónicas o degenerativas, tanto físicas como mentales. (19)

Sociales: eventos traumáticos, violencia física, sexual o psicológica, intimidación de compañeros, apoyo social, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias que causen dependencia, bajo nivel de recursos económicos, circunstancias laborales, desempleo, estrato social, el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo). (19)

Familiares: crianza inadecuada, abuso y abandono de menores, experiencias negativas infantiles, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. (19)

CENTROS DE REHABILITACIÓN

Es un entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación. Estos Centros están a menudo diseñados expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas aisladas. Se caracterizan por ofrecer una combinación de pruebas de realidad mediante la confrontación del problema personal con las drogas y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los compañeros.



CAPITULO III

8. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de depresión y factores de riesgo en Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación Creiad, Clínica 12 Pasos y Proyecto Esperanza, Cuenca 2016.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la muestra de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, condición económica, lugar de residencia, lugar de procedencia, número de hijos.
- Determinar el Nivel de Depresión de los Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación mediante la aplicación del Test de Zung.
- Identificar los factores de riesgo psicológicos, familiares y sociales en Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación Creiad, Clínica 12 Pasos, Proyecto Esperanza.



CAPITULO IV

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó el método cuantitativo en el período comprendido entre Octubre-Abril de 2017.

9.2 Área de estudio:

Centros de Rehabilitación 12 Pasos, CREIAD, Proyecto Esperanza.

9.3 Universo y Muestra de estudio:

La presente investigación se la realizó con 80 Pacientes Internos de los Centros de Rehabilitación Creiad, Clínica 12 Pasos y Proyecto Esperanza.

9.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

9.4.1. Criterio Inclusión

- Pacientes Internos que permanecen en los Centros de Rehabilitación 12 Pasos, Creiad, Proyecto Esperanza.
- Pacientes Internos que acepten y firmen el consentimiento informado por voluntad propia, con capacidad de formar parte activa del desarrollo de nuestra investigación.

9.4.2 Criterio de Exclusión

- Personas que presenten algún tipo de discapacidad física o mental.
- Personas que presenten síndrome de abstinencia.

9.5 Variables:

- Factores de Riesgo: Personales, Familiares, Sociales
- Niveles de depresión
- Edad
- Nivel de Instrucción

- Condición Económica
- Estado civil
- Número de hijos
- Ocupación
- Lugar de Procedencia
- Lugar de Residencia

9.6 Operacionalización de variables:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta la actualidad	Biológica	Años cumplidos	18-30 30-42 42-60
Estado Civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por la Ley	Social	Vínculo entre dos personas	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Nivel de instrucción	Años escolares aprobados en una institución educativa	Social	Años de estudios aprobados	Ninguno Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Actividad o trabajo realiza por una persona que genera un ingreso	Social	Actividades o trabajo realizado	Ninguno Empresa propia Empresa privada
Condición económica	Ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas de una familia	Social	Ingreso económico	Menor al salario básico Salario básico Mayor al salario básico
Lugar de Procedencia	Lugar de nacimiento o de donde proviene una persona	Geográfica	Lugar de nacimiento	Costa Sierra Oriente Galápagos



Lugar de residencia	Lugar donde alguien habita, como consecuencia de residir.	Geográfica	Lugar donde habita	Zona Urbana Zona Rural
Número de hijos	Cantidad de hijos que una mujer tiene a lo largo de su vida reproductiva	Biológica	Cantidad de hijos	Ninguno 1 – 2 3 – 4 + 5
Depresión	Se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todas las tareas realizadas.	Psicológico	Niveles de depresión	No hay depresión Leve Perturbación del estado de ánimo Estados de depresión intermitentes Depresión moderada Depresión grave Depresión extrema
Factores de Riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Psicológico	Baja autoestima Ansiedad Estrés Ataques de pánico Riesgo de Suicidio	Aut. elevada Aut. normal Aut. Media Aut. baja No ansiedad Ansiedad leve Ansiedad moderada/grave No vulnerable al estrés Vulnerable Seriamamente vulnerable Extremadamente vulnerable Sí o No Sí o No



			Enfermedades crónicas degenerativas	Presente Ausente
			Violencia	Sí o No
		Social	Tipo de violencia	Física Sexual Psicológica
			Apoyo Social	Sí o No
			Desempleo	Si o No
			Migración	Si o No
			Consumo de sustancias	Una sola sustancia Múltiples sustancias
			Violencia Familiar	Si o No
			Disfunción familiar	Si o No
		Familiar	Experiencias negativas en la infancia	Si o No
			Antecedentes de depresión	Si o No
			Intento de suicidio	Si o No



9.7 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Para el presente proyecto, he determinado un tema de investigación como es “NIVELES DE DEPRESIÓN, FACTORES DE RIESGO EN INTERNOS CREIAD, 12 PASOS, PROYECTO ESPERANZA CUENCA 2016”, en donde elaboré y entregué un oficio a los respectivos Directores de los Centros de Rehabilitación, en el que se indica de la manera más comedida se me digne realizar mi participación en cada una de las instituciones explicando el motivo, el tema de la investigación y quien lo está dirigiendo.

- Para evaluar edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, condición económica, lugar de residencia, lugar procedencia, número de hijos, se realizó un cuestionario, en donde se le pidió al usuario que responda de manera directa ya que cada uno de los ítems son de información personal, esta parte de información se encontró en el encabezado de la hoja que se le entregó a cada uno de los usuarios.
- Para evaluar los niveles de depresión se utilizó la Escala de Beck, este es un cuestionario autoadministrado que evalúa el factor afectivo, el motivacional y el cognitivo. (20)
- Para determinar los factores de riesgo que desencadenan depresión en pacientes consumidores de alcohol u otro tipo de sustancias se aplicó los siguientes test: Test de Rosenberg (Autoestima, validado en Santiago de Chile), Test de Hamilton (Ansiedad, validado por Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva), Test de vulnerabilidad al estrés (Estrés, validado por la Habana: Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"; 1996). (21) (22) (23).
- Para las demás variables (ataques de pánico, enfermedades crónico degenerativas, violencia, tipos de violencia, apoyo social, ingreso económico, desempleo, migración, consumo de tabaco, alcohol y drogas, violencia familiar, disfunción familiar, experiencias negativas ocurridas en la infancia, antecedentes de trastornos depresivos, intento de suicidio) se aplicó un



cuestionario que fue elaborado de manera directa por parte de la Investigadora, el mismo que fue validado.

9.8 Plan de tabulación y análisis

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0. Para la evaluación del análisis descriptivo se lo hace mediante frecuencias, porcentajes y tablas, para las variables simples ordinales y nominales, y para variables cuantitativas los datos se analizarán mediante la desviación media, estándar y mediana.

9.9 Aspectos éticos:

Para garantizar los aspectos éticos, de los pacientes de los Centros de Rehabilitación que deseen participar se les hizo firmar el consentimiento informado respectivamente de manera voluntaria, en los mismos se indica la confidencialidad de los datos obtenidos, este estudio no tendrá ningún valor económico, en este estudio no existe ningún tipo de daño en los participantes de la investigación. Además los datos recolectados por parte de los pacientes no serán publicados por ningún motivo ni en ninguna etapa de la investigación.

CAPITULO V

10.RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla n1. Distribución según la edad de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		f	%
Número de Pacientes		80	100
EDAD (AÑOS)	18-30	43	53,8
	31-40	15	18,8
	41-50	11	13,8
	51-60	6	7,5
	61-70	3	3,8
	71-85	2	2,5
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 53.8% (43) de pacientes tiene un rango de edad entre 18 a 45 años de edad. Frente al 2.5% (2) que registraron edades entre los 71 y 85 años de edad.

Tabla n2. Distribución según la residencia, procedencia y ocupación de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		f	%
Número de Pacientes		80	100
RESIDENCIA	Urbana	58	72,5
	Rural	22	27,5
TOTAL		80	100,00
PROCEDENCIA	Costa	12	15,0
	Sierra	65	81,3
	Oriente	3	3,8
TOTAL		80	100,00
OCUPACIÓN	Empresa Propia	18	22,5
	Empresa Pública	23	28,7
	Ninguno	39	48,8
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 72,5% (58) de pacientes viven en una Zona Urbana, el 81,3% (65) de pacientes proceden de la Sierra y el 48,8% (39) de pacientes no poseen ninguna ocupación.

Tabla n3. Distribución según el estado civil y el nivel de instrucción de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		F	%
Número de Pacientes		80	100
ESTADO CIVIL	Soltero	35	43,8
	Casado	17	21,3
	Viudo	2	2,5
	Divorciado	14	17,5
	Unión Libre	12	15,0
TOTAL		80	100,00
NIVEL DE INSTRUCCION	Ninguno	8	10,0
	Primaria	16	20,0
	Secundaria	42	52,5
	Instrucción Superior	14	17,5
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 43,8% (35) de pacientes son solteros. Frente al 2,5% (2) que registraron ser viudos. El 52,5% (42) de pacientes tiene un nivel de instrucción secundario. Frente al 10% (8) que registraron en no poseer ningún tipo de estudio.

Tabla n4. Distribución según la presencia o no de hijos de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		F	%
Número de Pacientes		80	100
PRESENCIA DE HIJOS	Si posee hijos	55	68,8
	No posee hijos	25	31,3
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 68,8% (55) de pacientes si poseen hijos. Frente al 31,3% (25) no poseen hijos.

Tabla n5. Distribución el número de hijos de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		F	%
Número de Pacientes		80	100
NUMERO DE HIJOS	Ningún hijo	25	31,3
	1 - 2 hijos	37	46,3
	3 - 4 hijos	12	15,1
	+5 hijos	6	7,6
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 31,3% (25) de pacientes no poseen hijos. Frente al 7,6% (6) que registraron poseer más de 5 hijos.

Tabla n6 Distribución según la presencia de depresión de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		F	%
Número de Pacientes		80	100
DEPRESIÓN	SI PRESENTA DEPRESION	45	56,2
	NO PRESENTA DEPRESION	35	43,8
TOTAL		80	100,00

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que el 56,2% (45) de pacientes no poseen depresión. Frente al 43,8% (35) si poseen depresión.

Tabla n7 Distribución según los Niveles de Depresión de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

Número de Pacientes					80				100			
	ESTOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADOS NORMALES		LEVE PERTURBACION DEL ESTADO DE ANIMO		ESTADOS DE DEPRESION INTERMITENTES		DEPRESION MODERADA		DEPRESION GRAVE		DEPRESIÓN EXTREMA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
PROYECTO ESPERANZA	23	59	10	25,6	2	5,1	4	10,3	0	0	0	0
CREIAD	14	60,9	3	13	2	8,7	4	17,4	0	0	0	0
12 PASOS	8	44,4	5	27,8	0	0	4	22,2	1	5,6	0	0

Fuente: Base de datos

Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 45 pacientes de 80 poseen altibajos considerados normales, 18 pacientes presentan leve perturbación del estado del ánimo, 12`presentan una depresión moderada, 4 presentan estadios de depresión intermitente y 1 solo paciente posee depresión grave.

FACTORES PSICOLOGICOS

Tabla n8. Distribución según el Nivel de Autoestima de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	AUTOESTIMA BAJA		AUTOESTIMA NORMAL		AUTOESTIMA BUENA	
	f	%	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	4	10,3	12	30,8	23	59
CREIAD	2	8,7	3	13	18	78,3
12 PASOS	3	16,7	2	11,1	13	72,2

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 54 de 80 pacientes de los tres centros de rehabilitación poseen una buena autoestima. Frente a 9 pacientes que presentan aun baja autoestima.

Tabla n9 Distribución según el Nivel de Ansiedad de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	NO HAY ANSIEDA		ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD GRAVE	
	f	%	f	F	%	%
PROYECTO ESPERANZA	9	23,1	15	38,5	15	38,5
CREIAD	5	21,7	10	43,5	8	34,8
12 PASOS	2	11,2	7	38,9	9	50

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 32 de 80 pacientes de los tres centros de rehabilitación poseen un nivel de ansiedad leve y 32 pacientes un nivel de ansiedad grave. Frente a 16 pacientes que no tienen ansiedad.

Tabla n10 Distribución según la vulnerabilidad del estrés de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	NO ES VULNERABLE AL ESTRÉS		VULNERABLE AL ESTRÉS		SERIAMENTE VULNERABLE		EXTREMEDAMENTE VULNERABLE	
	f	%	f	%	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	21	53,8	17	43,6	1	2,6	0	0
CREIAD	14	60,9	8	34,8	1	4,3	0	0
12 PASOS	10	55,6	7	38,9	1	5,6	0	0

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 45 de 80 pacientes de los tres centros de rehabilitación no son vulnerables al estrés. Frente a una cifra de 35 que si son vulnerables al estrés.

Tabla n11 Distribución según la presencia de ataques de pánico en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI PRESENTAN ATAQUES DE PANICO		NO PRESENTAN ATAQUES DE PANICO	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	19	48,7	20	51,3
CREIAD	7	30,4	16	69,6
12 PASOS	6	33,3	12	66,7

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 48 pacientes de 80 de los tres centros de rehabilitación no presentan ataques de pánico. Frente a 32 pacientes que si presentan.

Tabla n12 Distribución según el riesgo de suicidio en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI PRESENTAN RIESGO DE SUICIDIO		NO PRESENTAN RIESGO DE SUICIDIO	
	F	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	13	33,3	26	66,7
CREIAD	7	30,4	16	69,6
12 PASOS	8	44,4	10	55,6

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 52 pacientes de 80 de los tres centros de rehabilitación no presentan riesgo de suicidio. Frente a 28 pacientes que si presentan.

FACTORES SOCIALES

Tabla n13 Distribución según la presencia de enfermedades crónico degenerativas en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI PRESENTAN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS		NO PRESENTAN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	6	15,4	33	84,6
CREIAD	5	21,7	18	78,3
12 PASOS	1	5,6	17	94,4

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 68 pacientes de 80 de los tres centros de rehabilitación no presentan enfermedades crónicas degenerativas. Frente a 12 pacientes que si presentan.

Tabla n14 Distribución según la presencia de violencia en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	VIOLENCIA FISICA		VIOLENCIA PSICOLOGICA		VIOLENCIA SEXUAL	
	f	%	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	22	56,4	11	28,2	9	23,1
CREIAD	6	26,1	7	30,4	2	8,7
12 PASOS	11	61,1	14	77,8	4	22,2

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 61,1% (11) pacientes han recibido violencia física. Frente a 8,7% (2) pacientes han recibido violencia sexual.

Tabla n15 Distribución según el apoyo por parte de la sociedad que han recibido los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI HAN RECIBIDO APOYO		NO HAN RECIBIDO APOYO	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	29	74,4	10	25,6
CREIAD	15	65,2	8	34,8
12 PASOS	11	61,1	7	38,9

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 55 pacientes de 80 si han recibido apoyo por parte de la sociedad. Frente a 25 pacientes no han recibido apoyo.

Tabla n16 Distribución según la presencia de desempleo en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	PACIENTES QUE SI ESTAN DESEMPLEADOS		PACIENTES QUE NO ESTAN DESEMPLEADOS	
	f	%	F	%
PROYECTO ESPERANZA	24	61,5	15	38,5
CREIAD	12	52,2	11	47,8
12 PASOS	11	61,1	7	38,9

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 47 pacientes de 80 están desempleados. Frente a 33 pacientes que no están desempleados.

Tabla n17 Distribución según la presencia de migración de familiares en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI EXISTE MIGRACION		NO EXISTE MIGRACION	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	30	76,9	9	23,1
CREIAD	19	82,6	4	17,4
12 PASOS	13	72,2	5	27,8

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 62 pacientes de 80 si existe migración. Frente a 18 pacientes que no existe migración.

Tabla n18 Distribución según el consumo de sustancias en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	CONSUMO DE UNA SOLA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		CONSUMO DE MULTIPLES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	15	38,5	24	61,5
CREIAD	12	52,2	11	47,8
12 PASOS	9	50,0	9	50,0

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 36 pacientes de 80 consumen una sola sustancia psicoactiva. Frente a 44 pacientes que consumen múltiples sustancias.

FACTORES FAMILIARES

Tabla n19 Distribución según la presencia de violencia familiar en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI EXISTE VIOLENCIA FAMILIAR		NO EXISTE VIOLENCIA FAMILIAR	
	F	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	21	51,3	19	48,7
CREIAD	9	39,1	14	60,9
12 PASOS	12	66,7	6	33,3

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 42 pacientes de 80 presentan violencia familiar. Frente a 39 pacientes que no presentan.

Tabla 20 Distribución según la presencia de disfunción familiar en los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI EXISTE DISFUNCION FAMILIAR		NO EXISTE DISFUNCION FAMILIAR	
	f	%	f	%
PROYECTO ESPERANZA	23	59,0	16	41,0
CREIAD	13	56,5	10	43,5
12 PASOS	15	83,3	3	16,7

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 51 pacientes de 80 presentan disfunción familiar. Frente a 29 pacientes que no presentan.

Tabla n21 Distribución según la presencia de experiencias negativas en la infancia de los Pacientes Internos de Doce Pasos, Creiad y Proyecto Esperanza.

	SI PRESENTAN EXPERIENCIAS NEGATIVAS		NO PRESENTAN EXPERIENCIAS NEGATIVAS	
	F	%	F	%
PROYECTO ESPERANZA	29	74,4	10	25,6
CREIAD	13	56,5	10	43,5
12 PASOS	15	83,3	3	16,7

Fuente: Base de datos
 Autora: Ana Belén Becerra Berssoza

De la muestra observada se analizó que 57 pacientes de 80 presentan experiencias negativas en la infancia. Frente a 23 pacientes que no presentan.



CAPITULO VI

11. DISCUSIONES

Durante la realización de este proyecto de investigación, se aplicó diferentes tipos de test a 80 pacientes de sexo masculino de diferentes Centros de Rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, en el cual se pudo apreciar que el consumo de sustancias, está ampliamente relacionado con problemas mentales como la depresión, dificultando su manejo y rehabilitación.

Se realizó un análisis comparativo entre la información que nos brindan otros estudios que se han elaborado y los resultados obtenidos en mi proyecto.

De acuerdo a mi estudio realizado en los tres Centros de Rehabilitación para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas se analizó que 35 de 60 pacientes si poseen depresión. Comparado con un proyecto de investigación realizado en la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, en el año 2016 se encontró que 271 de 290 pacientes presentaron depresión en el Centro de Adicciones “Hogar Crecer”. Un estado depresivo en pacientes que están siendo rehabilitados tiene una gran importancia de estudio debido a que ese estado de tristeza no les permite salir adelante. Conviene recordar que la enfermedad depresiva es un estado que impregna toda la vida de la persona que la padece y cambia implacablemente su existencia. (19)

Los síntomas más comunes y encontrados tanto en mi estudio como en otras investigaciones nos dice que son: pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía, llanto, irritabilidad, tensión muscular, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), culpabilidad por el hecho de estar enfermo, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse,



pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el miedo de morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse, presencia de un duelo, aislamiento social. (18)

En mi estudio se encontró que el 52,5%, (42) de 80 pacientes manifiestan haber culminado la secundaria la gran mayoría debido al propio consumo de sustancias psicoactivas. Comparado con un estudio realizado en Colombia en el año 2010 (Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia) donde el 33,3% (30) de 90 pacientes indican haber culminado el bachillerato. (20) Por lo general en estos casos decimos que el consumo de sustancias tiene un gran poder en la personalidad de cada uno de los individuos y es así que el mismo consumo llega hacer tan fuerte en la sociedad que preferimos ser populares o interesarle al resto de gente que ver por nuestro futuro es así que nos dedicamos a otras cosas de interés social en este caso el consumo de sustancias y no a los estudios o a progresar como seres humanos

Uno de los factores de riesgo de la depresión en pacientes que están siendo rehabilitados debido al consumo de sustancias psicoactivas es el riesgo de suicidio en donde de acuerdo a mi investigación 28 de 80 pacientes han intentado alguna vez quitarse la vida. Comparado con un estudio realizado en Colombia en el año 2012 (Universidad de Manizales – Facultad de Ciencias de la Salud) donde presenta riesgo de suicidio 44 de 93 pacientes. (16) Como podemos darnos cuenta este es uno de los principales problemas de salud, debido a que el suicidio es un drama de la mente, donde el adicto es, casi siempre, dirigido por el dolor psicológico que le producen las emociones negativas, lo que compone un estado en el que muchas personas, buscan soluciones inmediatas de alivio que pueden conducirlo, al intento suicida con el fin de disipar la angustia temporal o parcial que suscitan algunos hechos dolorosos e insoportables. (12)

Se observó que 32 de 80 pacientes de los tres centros de rehabilitación poseen un nivel de ansiedad leve y 32 pacientes un nivel de ansiedad



grave. A su vez, han habido estudios de Lima-Perú (Instituto de la Memoria y Desórdenes Relacionados (IMEDER)) de seguimiento, donde se ha evidenciado que la relación entre los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas es bidireccional, es decir con seguimientos de 4 a 7 años, se encontró que el riesgo de desarrollar sea alcoholismo o un trastorno de ansiedad en el futuro es de 3 a 5 veces más. (18) Se analiza que por un lado, el consumo continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad. Por otro, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de ciertas drogas. La existencia de muchas y diferentes formas de consumir sustancias psicoactivas obliga a tener presentes las variables psicosociales que afectan al individuo que decide consumir este tipo de sustancias, así como las motivaciones que le llevan a este consumo.

En mi investigación 54 de 80 pacientes de los tres centros de rehabilitación poseen una buena autoestima, frente a 9 pacientes que presentan aun baja autoestima. Comparado con un estudio realizado en el año 2012 (Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de ñaña) los resultados revelaron que el 17.5% (14) de los pacientes tenían autoestima inferior, el 50% (40) autoestima promedio y el 32.5% (26) autoestima superior. La autoestima es considerada un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables. La autoestima baja por lo contrario implica auto-rechazo, auto-insatisfacción, auto-desprecio y en este sentido el individuo carece de estima hacia el mismo, lo que puede colocar al sujeto en vulnerabilidad de conductas riesgosas como en este caso el consumo de sustancias psicoactivas. (11).



12. CONCLUSIONES

- La baja autoestima en los pacientes que consumen sustancias psicoactivas hace que creen que no pueden superar las dificultades que aparecen en su vida, porque no tienen capacidad suficiente para hacerlo, cualquier obstáculo por mínimo que sea, les crea una gran ansiedad y malestar y muchos de los casos es este el motivo por el cual no logran recuperarse.
- Falta de control sobre el entorno, los pacientes están convencidos de que hagan lo que hagan no pueden controlar lo que les rodea, creen que es imposible cambiar su entorno y con frecuencia se dejan arrastrar sin más, sin plantearse la posibilidad de iniciar un cambio.
- La ansiedad que presentan los pacientes que están siendo rehabilitados es sumamente importante ya que tiene una relación muy significativamente con el consumo de sustancias, el sentimiento de desesperación por hacer algo o salir adelante y no poder hacerlo debido a una adicción interviene en una pronta recuperación.
- La presencia de estrés en los pacientes consumidores se presenta como un sentimiento de tensión física o emocional, puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso y esto se debe al consumo de sustancias psicoactivas.
- La presencia de ataques de pánico en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que están siendo rehabilitados tuvo una gran prevalencia, por lo general estos trastornos se deben al propio consumo que hace que su organismo y su mente reaccione a estos factores de una manera agresiva y desesperante.
- La falta de apoyo a las personas deprimidas poco a poco se separa de los demás, y en ocasiones encuentran personas que le



desean ayudar pero no precisamente de la manera correcta todo lo contrario haciendo que caigan una vez más en sus adicciones debido a que son su debilidad.

- La sociedad influye en la aparición y el mantenimiento del problema, la accesibilidad de las drogas es uno de los más controvertidos en este sentido, se puede conseguir, con relativa facilidad, esto hace que el consumo sea prolongado y no haya control alguno.
- El desempleo y la migración desencadenan un estado depresivo en los pacientes que han consumido sustancias y están siendo rehabilitados. Esto se debe a la situación económica que vive cada una de las familias, y en algunos casos la solución para poder progresar es salir del país y así no estar desempleados.
- La falta de dialogo entre los miembros de una familia, bien por ausencia de los progenitores o incapacidad, los malos tratos o abandono, la falta de reglas claras de convivencia, problemas paternos como alcoholismos, entre otras.
- La disfuncionalidad familiar se debe a que la familia no cumple con las funciones básicas de nutrición, protección, cuidado de la salud, estimulación del desarrollo, enseñanza de conceptos íntegros y valores.
- La destrucción familiar, producen cambios en la familia, en la sociedad y en el individuo mismo, afectando así la percepción de cada uno de los pacientes, por lo que esto genera crisis psicológicas y emocionales.



13. RECOMENDACIONES

Las drogas y la depresión son problemas sociales y de los que más afecta al entorno familiar, por esto se recomienda lo siguiente:

- Facilitar estabilidad y seguridad en situaciones de conflictos sobre todo en las familias, a través del dialogo y la expresión adecuada de sentimientos y detectar a tiempo factores de riesgo que produzcan síntomas de depresión.
- Reestructurar las políticas públicas en donde la accesibilidad a los Centros de Rehabilitación sea accesibles para todo tipo de pacientes.
- Aconsejar que cuando exista un caso de drogadicción, o sintomatología de depresión, lo mejor es acudir donde un especialista e iniciar un tratamiento para estas patologías, permitiendo momentos para que la familia pueda intervenir y facilitar el proceso, tanto a la hora de tratar, como de prevenir una recaída.
- Acompañar a cada uno de los pacientes que están siendo rehabilitados en la confrontación del problema.
- Realizar actividad física, esto aumenta los nivel de endorfinas, hormonas que permite sentir alegría, bienestar y actúan en contra de la sensación de dolor.
- Es muy importante desarrollar en los pacientes la comunicación, la exposición de sus emociones, pues en la vida es fundamental contar con los amigos y la familia en quienes confiar cuando necesiten contar algún problema o expresar una inquietud. Al mismo tiempo, expresar los sentimientos o pensamientos difíciles quitarán un peso de encima y el estado anímico mejorará notablemente.
- Un método para luchar contra la depresión es pasar tiempo en contacto con la naturaleza, meditar, orar o refugiarse en un ambiente religioso. Estas actividades permitirán conectarte con algo en concreto y canalizar tus problemas o tristezas para encontrar consuelo y tranquilidad.



14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Los pacientes con depresión son más propensos a abusar frecuentemente del alcohol y otras sustancias [en línea]. España, 2014. [citado 2017, 11 enero]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-pacientes-con-depresion-son-mas-propensos-abusar-frecuentemente-del-alcohol-y-otras>.
2. Rodríguez, J.J; Kohn, R; Aguilar, S. Epidemiología de los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS. [en línea]. Washington, DC, 2009 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
3. Roses, M, Mack, J. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. CICAD/OMS/OPS. Estados Unidos; 2005 [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
4. Gómez, D.T; Gutiérrez, M; Londoño, S.P. Depresión y Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Psychologia. Avances de la disciplina. vol. 7. Universidad de San Buenaventura. Bogotá, Colombia. [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904003.pdf>
5. Tabaco/OMS. [en línea]. Mundial: Nota descriptiva n.º 339. [en línea]. Julio de 2015 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
6. Informe Mundial sobre las drogas. Publicación de las Naciones Unidas. [en línea]. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas; 2009. [citado 09 May 2016]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/World_Drug_Report_2009_spanish.pdf



7. Alcohol/OMS. [en línea]. Mundial: Nota descriptiva N°349. Enero de 2015 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
8. Informe Mundial sobre las drogas [en línea]. OFICINA de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): Publicación de las Naciones Unidas; 2015. [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.ipu.org/splz-e/unga16/drug-report-s.pdf>
9. Strock, M. Depresión. Instituto Nacional de Salud Mental. Estados Unidos: Publicación Número 01-3561SP. Impresa en 2001. Reimpreso Septiembre 2002. [citado 09 May 2016]. Disponible en: [http://dlx.bookzz.org/foreignfiction/637000/0aba1752784335515407c94396a92e9e.pdf/_as/%5B%5D_Depresion\(BookZZ.org\).pdf](http://dlx.bookzz.org/foreignfiction/637000/0aba1752784335515407c94396a92e9e.pdf/_as/%5B%5D_Depresion(BookZZ.org).pdf)
10. Glosario de términos de alcohol y drogas [en línea]. OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, Centro de publicaciones; 1994. [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
11. Díaz, L.J; Torres, V; Urrutia, E; Moreno, R; Font, I; Cardona, M. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2006 [citado 09 May 2016]; 35(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
12. Caranqui, J; Vera, L. Tesis Doctoral. Universidad Castilla La Mancha. Portoviejo; 2003 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2020/2/TESIS%20%202.pdf>
13. La depresión/OMS [en línea]. Mundial: Nota descriptiva N°369. Abril de 2016 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
14. Wayne, H. La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias/OMS. Ginebra/Brasilia; 18 de marzo de 2004. [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
15. Depresión. Instituto Nacional de Salud Mental [en línea]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Publicación de NIH



- Num. SP 09 3561; 2009. [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf
16. Depresión/OMS [en línea]. 2016. [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
17. Deborah, W. The World Federation for Mental Health. Uruguay; 2012 [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
18. García, J.M; Nogueras, E.V; Muñoz, F; Morales, J.M. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Málaga, 2011. [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
19. Gómez, C; Rodríguez, N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev. Colombiana Psiquiátrica. 1997 [citado 09 May 2016]; 23-25. Disponible en: <http://www.beliefnet.com/wellness.aspx>
20. Beck, A. Steer, R. Brow G. Escala de Depresión de Beck. Miembro de la Federación Europea de Asociación de Psicólogos; 1996 [citado 09 May 2016]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
21. Rosenberg, Atienza, Balaguer, Moreno. Escala de Autoestima de Rosenberg. Consejería de Familia y asuntos sociales. [citado 09 May 2016]. Madrid. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
22. Miller, L. H. y Smith, A. D. Test de Vulnerabilidad al Estrés. Centro Médico Universidad de Bostón. [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_16/ponencias/0121-F.pdf
23. Hamilton, M. Escala de Ansiedad de Hamilton. [citado 09 May 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf



15. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES

INTERNOS DEL CREIAD, CLÍNICA 12 PASOS Y PROYECTO ESPERANZA

CUENCA 2016

Yo, Ana Belén Becerra Berssoza portadora de la cédula 0105843122, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, autora de la presente Investigación. Solicito su consentimiento para participar en la misma.

Introducción: El impacto del uso y dependencia de sustancias psicoactivas corresponde a un conjunto de problemas de salud y de exclusión social. La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas, la depresión puede ser también consecuencia del consumo estableciéndose así una relación en ambos sentidos, ocasionados por problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales.

Propósito del estudio: Este estudio busca determinar los niveles de depresión que posee cada uno de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y a su vez los factores de riesgo que desencadenan este problema, debido a que la depresión puede aparecer a cualquier edad, de igual manera afecta tanto a hombres como a mujeres sin importar raza, religión, situación económica, etc.

Recolección de datos: La recolección de datos e información personal se la hará a través de distintos formularios que serán respondidos de manera individual los mismos que serán explicados previamente, son cuestionarios sumamente sencillos y claros, a pesar de esto cualquier duda estará presente para poder aclararla. La primera hoja consta de los datos de identificación personal y algunos datos que me permitirán a mi como investigadora analizar los factores de riesgo, la segunda hoja se



valora lo que es la depresión y la autoestima, la tercera hoja valora la vulnerabilidad al estrés, la cuarta hoja valora la ansiedad y por último la quinta hoja valora el riesgo de suicidio en pacientes consumidores de sustancias. Para esto se harán grupos de pacientes y se aplicarán los test en dos días distintos.

Riesgo/Beneficios: Su participación no tendrá ningún costo y tampoco será remunerada. Cabe recalcar que los participantes no poseen ningún riesgo debido a que los cuestionarios serán empleados con suma libertad. Los beneficiarios de esta investigación serán directamente los pacientes internos, la institución y la sociedad.

Confidencialidad: Esta información será confidencial, todas las respuestas y a su vez el resultado de mi estudio no serán revelados por ninguna circunstancia, ni en ningún momento.

Derechos y opciones del Participante: Es importante que si en un momento dado ya no desea continuar con el estudio o no desea responder a una de las preguntas no habrá ningún problema.

Autorización: Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo, _____, con la cedula de identidad _____, acepto voluntariamente la participación.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Firma de la Investigadora _____ Fecha _____



ANEXO 2: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombres y Apellidos:									
Edad: _____ años					Sexo: Masculino		Femenino		
Nivel de Instrucción:									
Ninguno		Primaria		Secundaria		Instrucción Superior			
Ocupación:									
Empresa Propia		Empresa Privada				Ninguno			
Estado Civil:									
Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Unión Libre	
Lugar de Procedencia:									
Sierra		Costa		Oriente		Galápagos			
Lugar de Residencia:									
Zona Urbana		Zona Rural							
Número de Hijos:									
1		2		3		4		5	+5
MARCAR CON UNA "X", LA RESPUESTA QUE CREA USTED CORRESPONDIENTE:									
								SI	NO
Ha sufrido usted ataques de pánico en los últimos seis meses?									
Padece usted de alguna enfermedad crónica degenerativa?									
Ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física _____ Sexual _____ Psicológica _____									
Considera usted a ver recibido apoyo por parte de la sociedad que lo rodea?									
Posee usted un trabajo estable?									
Recibe usted un sueldo fijo? Menor al salario básico _____ Salario básico _____ Mayor al salario básico _____									
Algún miembro de su familia ha tenido que migrar por distintas causas?									
Consume algún tipo de droga (alcohol, tabaco, marihuana, etc.) Tipos de drogas _____ Tiempo de Consumo _____ Frecuencia de Consumo _____									
Ha existido o existe violencia familiar en su hogar?									
Cree usted que en su hogar existe disfunción familiar?									
Ha sufrido usted alguna experiencias negativa en la infancia?									
Tiene usted algún antecedentes de trastornos depresivo?									
Ha intentado alguna vez quitarse usted la vida (Suicidarse)?									

ANEXO 3: ESCALA DE BECK (VALORA LA DEPRESIÓN)

Marque con una X la respuesta que crea usted correspondiente:	
1. No me siento triste.	
Me siento triste.	
Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.	
Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	
2. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.	
Me siento desanimado con respecto al futuro.	
Siento que no puedo esperar nada del futuro.	
Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	
3. No me siento fracasado.	
Siento que he fracasado más que la persona normal.	
Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	
Siento que como persona soy un fracaso completo.	
4. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	
No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	
Ya nada me satisface realmente.	
Todo me aburre o me desagrada.	
5. No siento ninguna culpa particular.	
Me siento culpable buena parte del tiempo.	
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
Me siento culpable todo el tiempo.	
6. No siento que esté siendo castigado.	
Siento que puedo estar siendo castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	
7. No me siento decepcionado en mí mismo.	
Estoy decepcionado conmigo.	
Estoy harto de mí mismo.	



Me odio a mí mismo.	
8. No me siento peor que otros.	
Me critico por mis debilidades o errores.	
Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	
Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	
9. No tengo ninguna idea de matarme.	
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	
Me gustaría matarme.	
Me mataría si tuviera la oportunidad.	
10. No lloro más de lo habitual.	
Lloro más que antes.	
Ahora lloro todo el tiempo.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	
11. No me irrito más ahora que antes.	
Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.	
Me siento irritado todo el tiempo.	
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	
12. No he perdido interés en otras personas.	
Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.	
He perdido todo interés en los demás.	
13. Tomo decisiones como siempre.	
Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.	
Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones. Ya no puedo tomar ninguna decisión.	
14. No creo que me vea peor que antes.	
Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).	
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).. Creo que me veo horrible.	
15. Puedo trabajar tan bien como antes.	
Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	



Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	
No puedo hacer ningún tipo de trabajo.	
16. Puedo dormir tan bien como antes.	
No duermo tan bien como antes.	
Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	
Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme	
17. No me canso más de lo habitual.	
Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	
Me canso al hacer cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	
18. Mi apetito no ha variado.	
Mi apetito no es tan bueno como antes.	
Mi apetito es mucho peor que antes.	
Ya no tengo nada de apetito.	
19. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	
He perdido más de 2 kilos.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 6 kilos.	
20. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	
Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	
Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	
21. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	
Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	
He perdido por completo mi interés por el sexo.	

ANEXO 4: TEST DE ROSENBERG (AUTOESTIMA)



		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo				
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
10	A veces pienso que no sirvo para nada				



ANEXO 5: TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día.					
2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7-8 h.					
3. Doy y recibo afecto regularmente.					
En 50 millas a la redonda poseo por lo menos un familiar en el que puedo confiar.					
Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar.					
6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.					
7. Tomo menos de cinco tragos de bebidas alcohólicas al día.					
8. Tengo el peso apropiado para mi estatura.					
9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.					
10. Mis creencias religiosas me hacen fuerte.					
11. Asisto regularmente a actividades sociales o del club.					
12. Tengo una red de amigos y conocidos.					
13. Tengo uno o más amigos a quienes					



puedo confiarles mis problemas personales.					
14. Tengo buena salud, es decir, mi vista, oído, dentadura, están en buenas condiciones.					
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado.					
16. Converso regularmente sobre problemas domésticos, es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problema de la vida cotidiana con las personas que viven conmigo.					
17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.					
18. Soy capaz de organizar racionalmente mi trabajo.					
19. Tomo menos de 3 tazas de café o té o refresco de cola al día.					
20. Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad.					



ANEXO 6: ESCALA DE HAMILTON (ANSIEDAD)

SINTÓMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
1. Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo): Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones					



musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno/vacio, vómitos acuoso, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos: Boca					



seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor.					